Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica
Nº 149 de 2005

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

Situación laboral de los médicos del Ministerio de Salud Pública

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 21 de junio de 2005

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Miguel Asqueta.
MIEMBROS:	Señores Representantes Luis José Gallo Imperiale, José Quintín Olano Llano y Álvaro Vega.
DELEGADOS DE SECTOR:	Señores Representantes Daniel Bianchi, Alberto Casas e Iván Posada.
ASISTEN:	Señores Representantes Javier García Duchini, Daniel García Pintos y Daniela Payssé.
INVITADOS:	Por el Sindicato Médico del Uruguay, doctora Élida Lagrotta y doctores Pedro Cladera, Daniel Sanvicente, Roberto Mantero y Alfredo Toledo.

SEÑOR PRESIDENTE (Asqueta Sóñora).- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el agrado de recibir a una delegación del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por la doctora Élida Lagrotta Lemes y los doctores Pedro Cladera Antúnez, Roberto Mantero Saettone, Daniel Sanvicente Lofiego y Alfredo Toledo.

Agradecemos la paciencia que nuestros visitantes han tenido en la tarde de hoy y deseamos hacer algunas salvedades. En estas tres semanas de Comisión prácticamente no hemos recibido ninguna delegación por los sucesos públicos y notorios que todos conocen, vinculados al Hospital Pereira Rossell. La Presidencia consultó a los miembros acerca de la posibilidad de recibirlos, dado el carácter grave y urgente con el que habían solicitado la reunión. Es más; tenemos conocimiento de que la Asamblea del Sindicato Médico del Uruguay pasó a intermedio durante esta semana. Por ese motivo, decidimos hacer una excepción y recibirlos.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Agradecemos la deferencia que ha tenido la Comisión en recibirnos en forma urgente, quizás alterando su ritmo de trabajo.

Entendemos que el Parlamento es una caja de resonancia democrática fundamental en la vida de un país democrático como el nuestro y, realmente, aquí necesitamos hacer escuchar nuestra voz sobre estos graves problemas.

El principal problema que venimos a plantear es la situación de absoluta gravedad que hoy está viviendo el Ministerio de Salud Pública. De acuerdo con los datos que manejamos, actualmente el Ministerio de Salud Pública es el principal prestador de servicios de salud del Uruguay. Está atendiendo a más de 1:500.000 personas, frente a 1:350.000 que atendía hace cuatro años. Es decir que en cuatro años Salud Pública ganó 200.000 usuarios del mutualismo. Sabemos cuáles son las razones: las crisis, la desocupación y la fractura que vivió el país. Eso implicó que 200.000 usuarios del mutualismo no pudieran seguir pagando, ni atendiéndose donde antes lo hacían y fueran a dar a Salud Pública.

Acá hay gente que ni siquiera tiene carné de asistencia, y cuando tiene un problema de salud va a Salud Pública. Tenemos que ser bastante conscientes de esto. Asistimos a un aumento creciente de los usuarios de Salud Pública y, paradójicamente, a una desinversión creciente en Salud Pública.

Por ejemplo, en estos últimos diez años la participación del Ministerio de Salud Pública en el gasto total de salud ha bajado de un 17% o 18% a un 15%; eso representa menos de la sexta parte del gasto total de salud. Entonces, vemos que sobre un gasto total en salud que en el año 2003 alcanzaba los US$ 1.100:000.000, Salud Pública tiene solo US$ 174:000.000. Quiere decir que Salud Pública está atendiendo a más de la mitad de la población del país con la sexta o séptima parte del gasto total en salud. Esto está implicando el 1.4 del Producto Bruto Interno.

Queremos desmitificar conceptos, que no se ajustan a la realidad. Se dice que en salud se gasta mucho: el 10% u 11% del Producto Bruto Interno; pero en Salud Pública se gasta poco, apenas el 5.4% del gasto presupuestal.

Sabemos lo que son los gastos estatales en salud en otros países como Gran Bretaña, que destina el 96%, y Japón, el 80%. Pero si nos fijamos en la región, podemos decir que Argentina gasta el 49%, Chile, el 48.7%, Brasil, el 44.8%, y Uruguay -sumando la aportación a nivel del Hospital Policial, del BPS y demás- llega al 20% o 22% del gasto total.

Entonces, el tema sería: más usuarios, menos inversión y esto es igual a deterioro. Vamos a comparar el primer año del anterior ejercicio presupuestal respecto al 2004 y veremos cómo prácticamente cae la inversión en Salud Pública. Por ejemplo, en gastos de funcionamiento, sin contar suministros y remuneraciones, en el 2001 teníamos $ 2.098:000.000. Estos son pesos constantes del 2004. Ahora tenemos $ 1.940:000.000. En retribuciones, en pesos constantes, pasamos de $ 2.552:000.000 en el 2001 a $ 2.333:000.000 en el 2004. O sea que han ahorrado $ 219:000.000 constantes del 2004.

Nosotros vemos que el poder político, la centralidad política responde a este aumento de usuarios y de demanda en Salud Pública con reducción presupuestal, a pesos constantes. Esta es la realidad que tenemos. Inclusive, a pesar del aumento y a que todos dicen que no hay plata, a pesos constantes, de $ 2.552:000.000 bajamos a $ 2.333.000.000 en el 2004. O sea que han ahorrado $ 219:000.000. Esto es parte de esta compleja realidad. ¿Cómo vemos esto? Lo vemos como un deterioro de la calidad de asistencia dado que, además, tenemos más usuarios.

Evidentemente -no vamos a abundar en cifras que todos conocemos-, más de la tercera parte de la población está por debajo de la línea de pobreza. En esto puede haber diferencias semánticas entre lo que es un marginado con $ 1.300 y lo que es un pobre con $ 2.500. Es toda una población carenciada.

¿Cuáles son los problemas que tenemos en nuestro consultorio cuando mandamos un electrocardiograma al paciente? Nos dicen: "No, doctor, para este mes no me lo mande; mándemelo para el otro, a ver si consigo plata para el ómnibus". Recuerdo el tema del boleto sanitario que se habló aquí. ¡Qué realidad! Acá la gente no tiene plata para el ómnibus. La población usuaria tiene problemas reales y emergentes. Si me lo permiten, voy a contar una pequeña anécdota. El otro día recibí a una paciente hipertensa, con insuficiencia venosa crónica, con trombosis venosa profunda, que vino con la hija y dos nietos y me planteó: "Bueno, doctor, a partir de la semana que viene estamos en la calle. La ayuda que nos daba un familiar para pagar el alquiler, no la tenemos más". Nosotros queremos transmitir esta situación de crudeza. Sé que ustedes están muy bien informados, pero no viene mal una nueva información adicional al respecto. La población con la que nosotros nos manejamos seguramente sea también la del Plan de Emergencia; y la están recibiendo médicos que también están en emergencia, en un sistema de salud que también está en emergencia.

Tengo un material que voy a dejar a la Comisión sobre la situación salarial de los médicos de Salud Pública. Según esta información, hay casi dos mil médicos de Salud Pública que tienen salarios líquidos entre $ 4.000 y $ 4.500 por mes. El otro 50% tiene salarios "mejoraditos" -como decía la compañera- o relativamente dignos, que rondan entre los $ 12.000 o $ 14.000 por mes.

Ahora bien, nosotros aceptamos, como acepta todo el mundo, que el médico -más allá de la polémica que esto pueda suscitar-, tanto desde el punto de vista de la consideración de la sociedad como de la consideración jurídica, está en la pirámide del sistema asistencial. Por algo la Facultad, el Estado y la sociedad le exige años de estudio y de especialización. Además, hay un sistema jurídico que va a operar planteándole una responsabilidad médico-legal sobre el paciente. Si nosotros consideramos y aceptamos todos estos supuestos -que independientemente de los regímenes políticos existentes, lo acepta todo el mundo; ahí sí hay unanimidad, porque tanto en Estados Unidos como en Cuba el que tiene la prioridad en la atención sanitaria es el médico-, el segundo supuesto que tenemos es incontrovertible.

Uruguay y el Ministerio de Salud Pública no pueden tener un sistema de salud adecuado con médicos que salarialmente están absolutamente sumergidos. Este no es el motivo de esta reunión, pero sobre ese sueldo sumergido actúa un impuesto regresivo -el Fondo de Solidaridad Universitario- que grava a los que tienen menos; el que gana $ 5.000 paga lo mismo que el que gana $ 500.000. Este es el modelo de un impuesto regresivo que se carga sobre los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Entonces, el mensaje que la sociedad y el sistema político están dando a los médicos es bastante malo.

Actualmente, hay un Plan de Emergencia en marcha. En el día de ayer escuché a la señora Ministra de Desarrollo Social diciendo que los funcionarios que están en el INAU atendiendo situaciones de riesgo de la minoridad necesitan un aumento de salario. La única estructura de primer nivel -con sus defectos y sus limitaciones- de referencia y contrarreferencia para la comunidad es el Ministerio de Salud Pública. Lo queramos o no, los que nos vamos a hacer cargo de toda la problemática de salud derivada de ese Plan de Emergencia, con las limitaciones que hemos cuestionado severamente, somos los médicos de salud pública y la estructura de salud pública. Nos duele que no cuenten con el médico de salud pública que siempre ha estado comprometido con el usuario. Nos ofende y nos duele que se hable y no se desmienta que se van a contratar médicos para el Plan de Emergencia que percibirán el doble de dinero, cuando nosotros estamos realizando una labor que no se nos reconoce salarialmente. Nos duele que las autoridades de salud pública no estén contando con los médicos de salud pública.

Nosotros planteamos todas estas carencias asistenciales: falta de medicación, deterioro de los principales hospitales, sobrecarga de consultas, estudios especiales que no se pueden realizar o están muy demorados. Esta es la realidad que tenemos en salud pública.

Además, todas las agrupaciones del Sindicato Médico tenemos un compromiso muy claro con respecto al tema de las tercerizaciones. Nosotros decimos que las tercerizaciones posibilitan buenos números para los particulares, pero malos números para el Estado. Desde 2004, salud pública está gastando en tercerizaciones $ 150:000.000, cuando en el Hospital Pasteur hay un endoscopio digestivo que está roto; también hay un ecodoppler que está roto. Los estudios se hacen igual, pero demoran y van a particulares. Queremos que se haga un plan urgente de inversión. Tenemos cientos de profesionales capacitados en las distintas disciplinas para realizar una atención pública de calidad. No queremos médicos de clase A y clase B como tampoco queremos paciente de clase A y clase B.

En una declaración que realizamos para unas jornadas en defensa de la salud pública consideramos que la salud es un derecho humano fundamental, un bien público a proteger, no es una mercancía que se compra y vende en el mercado, tal como lo planteó la 8ª Convención Médica, algunas de cuyas autoridades ocupan importantes cargos en el Ministerio de Salud Pública. También manifestamos que no debe existir una salud para ricos autosuficiente y una salud para pobres decadente y que exigimos un nivel de atención sanitaria digno y adecuado para toda la población, sin discriminación de ningún tipo. La Organización Mundial de la Salud dice que la salud de la gente es una prioridad nacional y la responsabilidad del Gobierno en este sentido es continua y permanente. En esta declaración manifestamos que exigimos del Gobierno, especialmente de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, que asuma en la práctica su compromiso de democratización de la salud e implemente, en forma urgente, un aumento significativo de gastos en salud que redunde en el mejoramiento de la calidad de atención sanitaria y en el aumento salarial de médicos y funcionarios.

Cuando nos plantean que no hay plata, yo digo que la plata está, pero que hay otras prioridades. El dinero está; se prioriza en otro sentido. Nosotros decimos que esperanzadamente este Gobierno llegó para que la prioridad sea la gente, el pueblo y todas estas pequeñas historias a las que nosotros tenemos que dar respuesta.

Otro concepto importante que queremos plantear es que este aumento salarial para los médicos, que implicaría $ 5.000 -yo hablo de equiparación salarial, porque nos referimos a sectores que están absolutamente sumergidos-, no va a ir a Suiza, no va a ir a Las Bahamas; va a ir a desarrollar puestos de trabajo genuinos en el mercado interno. Eso es lo que está pidiendo la gente: puestos de trabajo genuinos, apostar a lo nuestro y confiar en nuestras fuerzas. Por eso, hoy estamos abusando de la amabilidad de esta Comisión que nos atendió deferentemente.

Nosotros tenemos dos planteamientos concretos. En primer lugar, solicitamos al Parlamento -o que este asesore a las autoridades- que elabore un plan urgente de inversión de salud pública para mejorar los principales defectos y carencias que existen en este momento, aumentando la inversión que francamente viene en caída y también aumentando la inversión en equipos. Nosotros no tenemos por qué hacer endoscopías digestivas afuera ni ecocardiogramas doppler afuera, cuando tenemos los técnicos capacitados para hacerlo nosotros.

En segundo término, solicitamos que se elabore una ley que establezca un salario médico de emergencia. Esta ley nos posibilitaría destrabar el tema médico y de la salud a nivel general. No estamos hablando de mucho dinero; es menos que lo que el Ministerio de Salud Pública gasta en tercerizaciones.

Consideramos que la ley de salarios médicos de emergencia es totalmente necesaria y justa, al igual que el plan de inversión urgente en salud pública. Pensamos que con estas dos solicitudes contribuimos de forma decisiva y madura en la realidad salarial de hoy.

Dejaremos en poder de la Comisión las resoluciones de la asamblea, en las que planteamos un salario médico mínimo y líquido de $ 12.000. Pensamos que los recursos están, a pesar de que nuestra obligación no es buscar los recursos a las autoridades. Sin embargo, contribuimos en ese sentido diciendo que en la tercerización de servicios están los recursos que necesitamos. Este es un tema de tal gravedad que no puede atarse a ningún otro; no puede atarse temporalmente a algo y decir que se va a resolver de acá a dos años, porque la gente no puede esperar más. Ahora, hay colegas que se van caminando a su trabajo y que les cortan la luz y el teléfono. Hay compañeros que, después de estudiar una vida, están por debajo de una quinta parte de la canasta familiar. La canasta familiar ronda los $ 26.000 y estos colegas están ganando un poco más de $ 4.000.

Esta situación de absoluta gravedad es la que venimos a plantear a la Comisión. Hace dos meses que estamos yendo al Ministerio de Salud Pública. Entendemos que heredaron una situación difícil, pero también entendemos que la política implica asumir responsabilidades. Esta situación heredada ahora es responsabilidad del actual Gobierno, independientemente de que no haya sido el causante de ella. Está pendiente un tema de equiparación salarial a nivel de Salud Pública que comenzó en otros Gobiernos, los que se quedaron a mitad de camino, propiciando una inequidad salarial. Ahora el tema no solo es reivindicativo sino operativo para el Ministerio de Salud Pública, porque si este paga la misma función en forma distinta, no puede exigir de la misma manera. Operativamente, el Ministerio de Salud Pública no estaría en condiciones de enfrentar este aluvión de demandas que surgen a partir del plan de emergencia y que la sociedad en su conjunto le ha encomendado.

SEÑOR MANTERO SAETTONE.- Desde hace mucho tiempo el Sindicato Médico del Uruguay está luchando por tres ítemes importantísimos, que son los siguientes: salario médico, estabilidad laboral y condiciones de trabajo.

En cuanto al salario médico, el Sindicato en múltiples asambleas ha reivindicado $ 12.000 líquidos para este año y $ 20.000 en la ley de Presupuestos. De ninguna manera podemos hablar de porcentajes, porque en 2003 se nos dio un 30% de aumento y alguien que no conoce el salario piensa que un 30% es un buen aumento pero estábamos hablando de salarios de $ 4.000. Si yo gano $ 1 y me aumentan un 500% es como si no me hubieran dado nada. Por lo tanto, tenemos que hablar de un salario de base -que es muy poco igual-, que parte de la equiparación. Si los compañeros de las Comisiones de Apoyo, que son el 50%, tienen un salario

de ese tipo -que igual es muy poco, aunque algunos por razones políticas tienen cinco cargos y de pronto sacan más de $ 100.000, pero de esos no estamos hablando-, creemos que lo menos que se puede hacer es acabar con la inequidad y que el otro 50% de los médicos tengan el mismo salario, que sería de $ 12.000 líquidos y $ 20.000 para el próximo ejercicio.

A nivel de las autoridades anteriores se había entendido así, porque por algo se establecieron las Comisiones de Apoyo, para mejorar ciertos sectores, pero se quedaron a mitad de camino, olvidándose de los otros médicos, que desempeñan funciones tan importantes como los que fueron incentivados. No hay médicos de un tipo y de otro y por eso estamos haciendo este planteo, que pensamos muy bien para no pedir lo que realmente sería un salario decoroso; estamos pidiendo un salario muy por debajo, pero sabemos que es lo posible en este momento.

Respecto a las condiciones de trabajo, la Comisión del Sindicato Médico del Uruguay siempre recibe cantidad de problemas y estamos azorados. Hay que ver en qué condiciones atienden los médicos en algunas policlínicas periféricas. Siempre se atiende un número muy por encima del que se es capaz de atender. Por ejemplo, un médico general tiene que asistir un parto, a veces tiene que atender una emergencia y no tiene ambulancia y lo están esperando cincuenta personas afuera. Eso no solo deteriora la asistencia y la salud del médico, sino que lo pone al borde de situaciones graves, peligrando su integridad física, porque la gente se desespera y ni siquiera cuenta con custodia para protegerlo. Además, se arriesga a demandas jurídicas. Personalmente, no me explico cómo hay tan pocas; debe ser porque la gente no las hace o porque los médicos son héroes. Es muy difícil pensar que en esas condiciones se pueda atender medianamente bien. A nivel de policlínicas periféricas hay que poner más médicos, mayor seguridad y mejores locales.

En cuanto a la estabilidad laboral de los médicos de Salud Pública, hace siete u ocho años, en encuentros de médicos en los que participó el Sindicato Médico del Uruguay y la FEMI, se llegaron a ciertas conclusiones que se hicieron saber a todas las bancadas parlamentarias y a los Gobiernos de siete años a esta parte. Allí se planteaban cuestiones básicas, y como el trabajo se desarrolla en pésimas condiciones, con malas remuneraciones, por lo menos los médicos se hicieron acreedores a tener estabilidad laboral. Por eso venimos bregando por una ley de estabilidad laboral -casi se aprueba en el período pasado- donde se titularice a todos los médicos de Salud Pública, independientemente de su forma contractual con el Ministerio de Salud Pública, con el grado inferior del escalafón, Grado VIII, Técnico III. Esta situación se viene arrastrando desde hace treinta y cinco años, en la que hubo muy pocos concursos -casi inexistentes- y en la que el 99,8% de los médicos no reviste la calidad de médico titular.

Por lo tanto, hace tiempo que el Sindicato Médico del Uruguay viene bregando en los encuentros y asambleas para que se blanquee la situación, se lleve a los médicos al último grado del escalafón y luego se hagan concursos de oposición y méritos, en los que se priorice la actuación en Salud Pública -es muy triste que venga alguien de afuere y pase por encima a un médico que trabajó quince años en Salud Pública-, a fin de formar la pirámide funcional que hace mucho los médicos queremos y no tenemos.

Por último, queremos que se aplique a rajatabla la ley de Salud Pública y que una vez solucionado este problema los ingresos se hagan por concurso de oposición y méritos.

En definitiva, queremos que se blanquee la situación, que se establezca la carrera funcional a través de la pirámide y que se ingrese por concurso de oposición y méritos.

SEÑOR CLADERA ANTÚNEZ.- Quiero hacer mención a un artículo de un estudio de economistas de la UNICEF que presentan en un seminario en el cual se habla específicamente de la infancia. Dicen que Uruguay destina el 0,61% del gasto público total para el área de la salud en la infancia. Esta cifra ya nos dice lo poco que se está destinando a la salud y lo poco que se puede conseguir. Esto motiva nuestra concurrencia.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Quiero señalar otro concepto que me parece importante. El porcentaje de la masa salarial de Salud Pública que corresponde a los médicos es un 23%; el 67% es para los funcionarios. Ahora que estamos reivindicando un cambio en el modelo de atención -que suscribimos totalmente-, y teniendo en cuenta lo que dice la Organización Mundial de la Salud actualmente en cuanto a que hay que fortalecer los primeros niveles de atención pero teniendo claro que no alcanza con eso sino que hay que fortalecer el conjunto del sistema de salud, nos vuelve a

parecer contradictorio el planteo. Vemos una cierta contradicción porque hay un primer nivel en el que se plantea que el médico es algo un poco "flu"; es uno más del equipo de salud, junto con el enfermero universitario, el asistente social o el psicólogo, y lo digo respetando el papel de cada profesión. Pero a la hora de una demanda jurídica ¿sobre quién se va? Sobre el responsable del tratamiento que, hasta demostración de lo contrario, es el médico, o el personal de enfermería, si no cumple con la instrucción médica. Esos son los dos objetivos de la demanda penal.

Lamentablemente, en muchos casos -por eso queremos deslindar responsabilidades- también tenemos una omisión de asistencia técnica, pues más allá de nuestra ciencia o sapiencia podemos eventualmente estar trabajando en condiciones que sabemos que no reúnen los mínimos indispensables para determinado tratamiento. Por ejemplo, teniendo en cuenta que la patología cardiovascular está a la orden del día, si en una emergencia -como decía el doctor Mantero- no tenemos un encimograma cardíaco, eventualmente podríamos recibir una demanda personal por estar atendiendo a un paciente con esas características sin los mínimos requerimientos.

Aquí hay dos temas que no entendemos bien. Hay una evidente desvalorización del médico en el primer nivel -tanto salarial como conceptualmente-, pero resulta que si en los terceros niveles o a nivel hospitalario uno no es profesor grado 5, no existe en la medicina. Aclaro que este es un comentario personal. Nosotros decimos: ni tanto ni tan poco. Aquí hay una Facultad de Medicina que da legalmente un título habilitante tanto en medicina general como en especialidades, y a eso nos debemos remitir. Lógicamente, debemos ir teniendo mejores recursos para una formación más adecuada, pero nos parece contradictorio decir que vamos a cambiar el modelo de atención privilegiando los primeros niveles, así como la referencia y contrarreferencia en la comunidad -en lo que estamos totalmente de acuerdo- y que el médico va a ganar menos que el chofer de una ambulancia, con el respeto que nos merece. Este mundo al revés no puede ser. En este sentido, el Ministerio de Salud Pública no solamente tiene un problema reivindicativo gremial sino operativo, porque si no se da el mínimo de inversión -no estamos hablando de cientos de millones de dólares-, no podrá responder a los requerimientos complejos de la sociedad.

¿Cuáles son estos requerimientos complejos? Desde Hipócrates en adelante, sabemos la relación que existe entre la patología médica y la social. Ahora estamos viendo el caso del estafilococo aureus resistente, con características de agresividad, y apreciamos que su desarrollo se da en los sectores de la sociedad que han sufrido la parte más importante de la crisis. No vamos a insistir en este tema, pero sabemos que tenemos ciertos requerimientos para atender este estafilo meticilino resistente en la comunidad. Concretamente, el Hospital Filtro es un centro de referencia para este tema y se supone que allí van todos estos casos. Pero, ¿está capacitado desde el punto de vista locativo, de la infraestructura, para enfrentar este reto epidemiológico? Lamentablemente, pienso que no. Creo que tenemos los profesionales y que hacemos el esfuerzo correspondiente, pero no contamos con la contrapartida real para asumir el momento social de este país, que está fracturado y tiene más de un millón de pobres, entre los que incluimos a los funcionarios de Salud Pública y a buena parte de sus médicos, a quienes no se les dan los recursos mínimos para operar sobre la realidad. Y cuando se deja actuar al médico y se dan recursos al sistema sanitario, estos recursos rinden mucho a la sociedad. Son recursos que van a controlar, en niveles precoces, la espiral de la patología.

Aquí se dice que tenemos que hacer campañas televisivas sobre la prevención primaria, y está bien. Pero eso también es desconocer que, evidentemente, lo importante en las patologías degenerativas -como la enfermedad cardiovascular- es estudiarlas y diagnosticarlas con precocidad; ese puede ser el momento de la enfermedad, pero diagnosticándola en forma precoz, se puede evitar su avance. Todo esto se da con un sistema de salud fortalecido, especialmente en los primeros niveles.

Lamentablemente, hoy por hoy Salud Pública tiene que enfrentar un aluvión, una sobrecarga de demanda de gente que no puede pagar la mutualista o que, inclusive, teniendo derecho a ella por DISSE, plantea que no quiere acceder a ella porque no puede pagar los remedios y los tiques y, entonces, prefiere atenderse en Salud Pública, donde no tiene esos costos.

Este es un problema complejo y entendemos que el Parlamento es una caja de resonancia muy importante. Solicitamos que ustedes, como representantes de este gran espacio público de discusión -que refleja esta democracia uruguaya que está desarrollándose en todos sus aspectos-, de este gran ágora en el que el tejido social viene a fortalecerse y a plantear los temas, interactúen a través de esta Comisión considerando estos planteos hechos por trabajadores de la salud.

SEÑOR VEGA LLANES.- Creo que en el diagnóstico y en la situación de los médicos estamos de acuerdo. Sin embargo, nosotros nos reunimos periódicamente con las autoridades de Salud Pública y no nos consta que su intención sea mantener esta situación sin cambiar. Capaz que tenemos una información distinta a la de ustedes, pero sabemos que hay una intención de modificar estas situaciones e ir hacia la mejora salarial, de materiales y diversas cuestiones de atención. Eso es lo que hemos discutido cada vez que hemos conversado con el Ministerio de Salud Pública. Pero, si ustedes lo plantean de esa manera, así debe ser.

Por otra parte, quiero plantear que los médicos nos debemos una discusión entre nosotros, porque el salario médico no es poco. Si uno considera lo que ganan todos los médicos y lo divide, se da cuenta de que no ganamos tan mal; el problema es que hay algunos que ganan mucho y otros, muy poquito. Pero eso está establecido por la propia medicina, por los propios estamentos médicos. Entonces, me parece bárbaro darle con un caño a la parte pública, pero también hay que mirar para adentro. Y en el SMU y en la FEMI, organismos a los que yo pertenezco, estamos juntos los que nos explotan y los que trabajamos. Hay gente que tiene salarios muy buenos. Entonces, cuando hablamos de salarios médicos, no sería malo darnos una miradita hacia adentro y ver cómo está distribuida esa masa de dinero.

No planteo esto para que me lo contesten, porque ustedes tendrán su posición y yo tengo la mía, y no la voy a cambiar, porque hace años que estoy en el Sindicato Médico de Florida viendo esta situación. Eso es incontrovertible. Si quieren, los invito; vayan por el Sindicato Médico de Florida y verán que todo es igual.

SEÑOR TOLEDO.- Quizá no hayamos enfocado bien el tema, que es muy amplio.

Es probable que haya médicos que estén bien remunerados y que si hacemos esa división nos dé una cifra interesante, pero ese no es el tema. En cuanto al sinceramiento, ya se estuvo por parte del gremio médico y de los médicos en particular en el año 2003, en una situación muy similar a esta -por eso vinimos aquí-, cuando las diferentes asambleas fueron tomando mayor fuerza y se logró alcanzar el objetivo buscado. Lo que el gremio médico pedía era que aquellos médicos que ganaban menos de $ 4.000 en el Ministerio de Salud Pública pudieran alcanzar la cifra de $ 5.000. Eso era un pedido concreto; no había plata para repartir a los demás, y todos pudimos esperar. O sea que hicimos un sinceramiento interno y equiparamos a esos médicos. No se trataba de una reivindicación salarial en la que todos queríamos ganar más. Había un grupo de compañeros médicos que realizaba una tarea igual a la de los demás, pero ganaba por debajo de $ 4.000; por eso hicimos una movilización muy fuerte y se logró cambiar con éxito. Hoy estamos en la misma situación.

Por eso, creo que sinceramiento y análisis para adentro ha habido mucho por parte de los médicos, tanto del interior del país como de Montevideo. En ese sentido, si el sistema todavía no está más derrumbado es por el gran esfuerzo que han hecho los médicos sobre la base de su salario, sobre la base de nuestros salarios; supongo que todos hemos hecho un aporte para que el sistema no cayera, pero también el de los médicos. O sea que creo que sinceramiento hubo y hay; tal vez tengamos que sincerarnos más -quizá en algún momento veamos caso por caso, puntualmente-, pero ese no es el tema.

Por ese motivo, queremos centrar la atención en este grupo de médicos que en el Ministerio de Salud Pública está en una situación realmente precaria en cuanto a las condiciones de trabajo y salariales. No estamos pidiendo $ 12.000 de aumento y que se mantengan las condiciones de trabajo. No; pero por lo menos empecemos a hablar de ello. Hablamos únicamente de este grupo.

Entonces, hablamos de equiparación salarial y de incrementos diferenciales. Sí; estamos hablando de incrementar diferencialmente y que los que tienen la posibilidad de esperar, lo hagan. Al igual que en el año 2003, aquellos médicos que están incentivados o que tienen otro tipo de compensaciones, quedarían afuera. Llegamos a saber exactamente cuáles son los médicos que hoy están en una situación muy precaria y primaria, para poner allí los esfuerzos de toda la sociedad -porque los fondos son de todos-, a efectos de poder ayudarlos a que tengan una situación mejor.

SEÑOR CLADERA.- Quiero apoyar lo dicho por el doctor Toledo en cuanto a la calidad de los niveles.

Acá no estamos pidiendo un aumento indiferencial; precisamente, lo que pedimos es que los sectores más sumergidos puedan elevarse. Eso también se hará a costa de la gente que tiene salarios mayores, que tampoco

va a pedir aumento en ese momento; nosotros no estamos llevando ese aumento.

Además, ante las condiciones espantosas de total inequidad en las que estaba el Ministerio, con por lo menos veinte tipos de situaciones de dependencia entre el Ministerio de Salud Pública y los médicos, llega un momento en el que tenemos que buscar una manera de equiparar. Hay contratos 410, contratos de servicio, MSP, Comisión de Apoyo, etcétera. Nos consta que es caótica la relación de dependencia que tienen los médicos con el Ministerio de Salud Pública, pero pretendemos de alguna manera nivelar los sueldos más bajos dentro del sistema de la Comisión de Apoyo, de manera que estos puedan ser más altos.

Digo más: en el año 2003, luego del famoso conflicto que se llamó "De los $ 1.500", los colegas que no fueron convocados durante ese mes para una suplencia, al día siguiente del conflicto empezaron a trabajar con el sueldo anterior. Nosotros estamos tratando de eliminar situaciones de inequidad que, por supuesto, no son de ahora sino heredadas; nadie está diciendo lo contrario. Pero el problema acá no es buscar al asesino, sino atender al que está herido para que no fallezca.

Asimismo, uno de los puntos por el que pedimos ser recibidos era para buscar originalidad en materia de recursos. Por ejemplo, el Fondo de Solidaridad y su adicional es un impuesto totalmente abusivo para los médicos que solo tienen el trabajo de Salud Pública. Quizá, de esa manera se incrementa el salario real. En este momento, nosotros no traemos una plataforma pidiendo "Esto 'líquido' es lo que se tiene que dar en la mano". Estamos hablando de una negociación. Cuando lo hablamos en estos meses con el Ministerio, se nos ha dicho que sí, pero que no se sabía cuándo, cómo ni dónde. Entonces, lo que pido -muchas veces lo hemos hablado- es que cuando se muestre la zanahoria al burro no sea tan lejos que no la vea. Lo que estamos pidiendo es una negociación para el entretanto; no estamos solicitando una negociación definitiva, sino remendar determinados agujeros de manera de que no se cree una situación de emergencia en la salud.

No se trata de echar culpas ni queremos decir que el Gobierno no se ha preocupado; por el contrario, creemos que tiene la mejor voluntad, pero vemos que se necesita otro tipo de apoyo, que el Ejecutivo probablemente no pueda hacerlo solo. Como Sindicato no podemos decir de dónde podrían salir las fuentes de recursos; me parece que esa no es nuestra responsabilidad. Estaríamos cometiendo un grave atrevimiento, si nosotros, como Sindicato Médico, estuviéramos diciendo que las fuentes de financiación son tales o cuales. A nosotros no se nos votó para eso; se nos votó para defender a los colegas que, como decíamos, están yendo a trabajar caminando. ¿Por qué van caminando? Lo voy a explicar fácilmente. Salud Pública era el segundo o tercer ingreso de muchos de los colegas, pero cerraron ocho mutualistas en los cinco años anteriores y muchos de ellos perdieron su trabajo allí. Entonces, Salud Pública pasó a ser su único ingreso. Por supuesto que no estamos hablando de la medicina privada, porque ninguno de esos colegas trabaja en ese ámbito y, si lo hacen, es muy poco. Entonces, estamos hablando de la principal fuente de ingreso de muchos de los que están trabajando allí. Insisto en que ninguno de ellos llevará el dinero que estamos reclamando a Las Bahamas ni a las Islas Caimán. Se trata de que esa gente pueda seguir ejerciendo una tarea digna. Nada más.

SEÑOR MANTERO.- Los que estamos acá somos representantes del Sindicato Médico, pero en este momento estamos hablando de los médicos de Salud Pública. Por lo tanto, todo aquel que no esté en Salud Pública si bien nos interesa, no es motivo de esta reunión.

Puedo decir que la inmensa mayoría de los médicos de Salud Pública, inclusive aquellos que están algo "mejoraditos" -como decía mi compañera-, están mal. Hay muy pocos médicos privilegiados, aunque los hay. Sabemos que en las Comisiones de Apoyo hay algún médico que tiene cuatro o cinco cargos y, según la referencia que tengo, puede estar por encima de los $ 100.000; pero esa es la excepción y pasará con menos del 1% de los médicos de Salud Pública.

Salvo excepciones, algunos salarios médicos están sumergidos y otros tremendamente sumergidos. Consideramos que la reivindicación es absolutamente justa; si hay alguna excepción, por ejemplo si alguien gana $ 100.000, su salario no va a ser reivindicado.

SEÑORA LAGROTTA.- Los pocos médicos de Salud Pública que ganan esos sueldos -que son los adecuados, diría- no son los médicos asistenciales. Estamos aquí bregando por los médicos que están en la línea de lucha con el paciente. No nos interesa la situación de los médicos que perciben sueldos adecuados porque eso es lo correcto. No estamos pidiendo que les den a los compañeros salarios de

$ 100.000, pero aunque $ 20.000 no alcanza como se dice: para tirar manteca al techo, consideramos que dada la situación serían salarios buenos.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- En el intercambio de opiniones siempre se gana.

Considero que hay que saber interpretar las estadísticas; puede resultar una ciencia que nos brinde mucha información como llegar a revelar datos irreales. Es decir que podemos llegar a la conclusión de que si una persona come un pollo y otra no come nada, estadísticamente ambas están comiendo medio pollo. Esto es lo que ocurre en el panorama de la salud. Hay que saber interpretar los promedios, porque el promedio médico puede oscurecer la realidad acerca de que haya un sector médico empobrecido.

El aporte es muy interesante en el sentido de que, conceptualmente -nos vamos un poco del tema- no veo diferencias entre el médico pobre de Salud Pública y el médico pobre del mutualismo. Considero que debemos tomar la situación del médico pobre pero no mal preparado. Son dos conceptos distintos; se puede pensar que el médico pobre es aquel que no tiene concurso. Sin embargo, en Salud Pública nos enfrentamos con médicos endoscopistas digestivos que tienen carrera universitaria, con cardiólogos formados con especialidad, con endocrinólogos, con neumólogos y con médicos internistas importantes. No solo hay sueldos bajos en el primer nivel sino también en otros. En el hospital requerimos que haya médicos formados tanto en el nivel de internistas, como de cirujanos y también de médicos emergencistas. Es un conjunto. Por eso decimos que es el fortalecimiento del conjunto.

Las inquietudes que ha planteado el colega también son nuestras. Sin duda que este movimiento de democratización de la salud -la salud no solo se democratiza en cuanto al usuario sino también internamente- es una punta de lanza de este gran movimiento social que me parece tiene un gran futuro, porque la situación cambia cuando el entramado social se mueve y hablamos de usuarios que no reclaman una asistencia de menesterosos, sino derechos de ciudadanos libres.

Puede ser un planteo muy legítimo un salario médico de emergencia que implica muy poco dinero y que sumándolo a un plan urgente de inversiones en Salud Pública pueda prepararla para enfrentar estos retos epidemiológicos importantes que se avecinan. Comprendemos que las nuevas autoridades tienen buena voluntad y que sin duda heredaron una situación compleja, pero no solo hay que juzgar a la gente por lo que dice sino por lo que hace. Considero que no hay mejor demostración que la acción. Como decían los griegos no solo hay que prepararse para la oratoria sino también para la acción. Es en la acción y en la praxis donde vamos a ver -esperamos que suceda- que triunfen estos planteos de la sociedad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Todos los miembros que integramos esta Comisión somos médicos. En un documento leí el importe de mi sueldo hasta el 1 de febrero: $ 5.176; no me olvidé, estaba entre los mil ochocientos noventa y un médicos del Ministerio de Salud Pública.

Soy del departamento de Colonia y empleado de la FEMI y, como decía el señor Diputado Vega Llanes, pertenecemos a la categoría de médicos empleados. También hasta el 1º de febrero fui directivo del gremio médico. En la crisis del año 2003 hicimos nuestros los planteos del Sindicato Médico porque en aquel entonces la gremial no tomaba resoluciones propias. Yo era socio del Sindicato Médico del Uruguay -por una cuestión funcional en algún momento dejé de serlo- pero me voy a volver a afiliar.

Siguiendo al Sindicato en aquel entonces por la prensa y ahora como legislador, hemos compartido casi sistemáticamente toda esta problemática porque la visión que ustedes plantean es la que debe tener un médico que practica la medicina interna, que como en mi caso -que desde 1987 ingresé como practicante interno, luego suplente, posteriormente 410 y finalmente presupuestado hasta el 1º de febrero-, intentábamos hacer lo que podíamos en el Hospital de Carmelo, conjuntamente con un número de colegas y funcionarios que en la inmensa mayoría de los casos -como ustedes bien saben- dedican su vida a intentar que las cosas se hagan a pesar de las enormes carencias que históricamente ha tenido Salud Pública.

Con respecto a la situación heredada por este nuevo Gobierno que ustedes referían, el nuevo Ministerio de Salud Pública obviamente conoce la situación. Hemos manifestado públicamente que es un personal calificado y esperamos que el presupuesto que envíe el Poder Ejecutivo al Parlamento para el área de la salud sea el que querríamos. Estamos dispuestos a acompañar todo lo que se ha reclamado durante largos años y que además lo hemos vivido en nuestros salarios, en nuestras familias, en nuestra formación y en el poco

tiempo que disponíamos para tantas otras cosas por tener que empeñar más horas de trabajo para intentar llegar a fin de mes.

Compartimos en términos generales los conceptos que aquí se han vertido y, aunque no tenemos estudiado a fondo los números, creemos que esto apenas podría llegar a aproximarse a un mínimo decoroso para que un médico, con las horas de trabajo semanales que tiene, pueda sostener un proceso de educación médica continua, tenga el descanso y la salud mental imprescindibles y pueda dedicarse a la familia y al ocio productivo. De todos modos, deberá seguir trabajando en otras actividades porque, con estos números, el dinero tampoco le va a alcanzar.

Coincidimos absolutamente con la primera exposición que se hizo en Sala, en la que se analizó que la situación ha cambiado por distintas circunstancias en este país y no podemos volver atrás, al 2001, cuando había doscientas mil personas menos atendidas por Salud Pública.

Tal como hemos expresado públicamente y lo reafirmamos hoy -queda constancia en la versión taquigráfica-, siempre creímos que en el área de la salud era posible un cambio, ya sea como a mí me hubiera gustado, con mi Partido en la Presidencia, en el Poder Ejecutivo, o con las autoridades que hoy están al frente del Ministerio. Por encima de todas las cosas, creo que hay un corte transversal y en el gremio médico -no estoy hablando del sindicato organizado, sino del gremio médico, como decimos en nuestra jerga- hay una misión que va mucho más allá de los partidos a los cuales pertenecen los propios médicos. Me gustaría que en este momento cualquiera de nosotros fuera a la policlínica del barrio San Francisco de Carmelo, donde yo vivo, o a alguna otra de Montevideo, ya sea en el Cerro o en el barrio Borro, o de Florida en las que, seguramente, a esta hora habrá un médico con una cola de diez o doce personas esperando ser atendidas. Con seguridad habrá un pediatra o un ginecólogo con alguna paciente embarazada pasando frío. Seguramente ese médico, sin importar a qué partido político pertenece, en líneas generales, coincidirá en sus opiniones con nosotros.

Tengo entendido que ustedes son nuevos; pero quisiera preguntarles si en estos días, orgánicamente, han mantenido alguna reunión con jerarcas del Ministerio de Salud Pública; nosotros podemos saberlo o no, pero quisiera que eso quedara consignado. En caso afirmativo, me gustaría saber con quiénes mantuvieron esas reuniones y qué perspectivas les han dado. Ustedes comprenderán que los legisladores, más allá de algunas expresiones de deseo, en este momento, en la previa al tratamiento del Presupuesto Nacional, cuando se está tramitando una situación de urgencia, podemos incidir muy poco.

SEÑOR CLADERA.- Precisamente hemos mantenido varias reuniones con el economista Olesker y otra con él y con el doctor Tabaré González, a las que concurrimos autoridades del Sindicato Médico, delegados de la Comisión de públicos, asesores del Sindicato Médico y representantes de FEMI. Asimismo, participamos de otras reuniones en las que estaban delegados de las sociedades anestésico quirúrgicas. Desgraciadamente, como dije, se reconocen los planteos pero no tenemos ninguna información con respecto al cuánto, al cómo y al dónde; eso nos preocupa.

SEÑOR MANTERO.- Quiero aclarar al señor Presidente que no somos nuevos; somos viejos, no solo de edad, sino también en la militancia sindical y en lo que tiene que ver con nuestras reuniones con el Parlamento y con el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- Yo dije nuevos porque en el Sindicato Médico muy recientemente hubo un recambio en algunos cargos.

SEÑOR MANTERO.- Eso ocurrió a nivel del Comité Ejecutivo y de las autoridades del Sindicato, pero no en la militancia, en las Comisiones asesoras, etcétera. Inclusive, conjuntamente con el compañero Cladera, el año pasado participamos en la negociación con el Ministerio de Salud Pública, por cierto que en forma muy interrumpida, bregando por algunas cosas a las que lamentablemente no se llegó; de todas maneras, se trabajó bastante.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Desde hace dos meses estamos manteniendo reuniones a nivel de la comisión negociadora con las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública y, aunque resulte paradójico, la situación no va a cambiar mucho a pesar de que haya nuevas autoridades en el Sindicato Médico, dado que de los tres delegados nos mantenemos dos. Me refiero al doctor Cladera y a quien

habla; estamos con las negociaciones desde el principio compartiéndolas, eventualmente, con el doctor Alarico Rodríguez, quien era el anterior Presidente. En algunas oportunidades, acudirá otro colega, pero el grueso de la delegación se mantiene. Entonces, con las nuevas autoridades, este conflicto tampoco nos toma de sorpresa ni con falta de conocimiento.

Además, tenemos una declaración o un compromiso público de todas las agrupaciones político gremiales que integran el Sindicato Médico apoyando, decididamente, la conducción del conflicto, resuelta en forma democrática por las asambleas e instrumentada por el Comité Ejecutivo.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Hemos escuchado con mucha atención los planteamientos realizados y debemos individualizar correctamente los escenarios en los que estamos plantados.

Durante estos tres años hemos integrado la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, en las diferentes legislaturas, y hemos recibido planteos muy importantes. Ustedes recordaron el conflicto de 2003; en aquel momento, esta Comisión tuvo un papel muy importante en la mediación. Precisamente, la mediación es una de las acciones que puede desempeñar la Comisión. En aquel momento, mediamos en un conflicto salarial que era grave, que finalmente se solucionó -no sé si de la mejor manera; tengo mis dudas-, aunque el escenario era otro. Se llevaba adelante determinada política y se solucionó dentro de ella.

Hoy la situación es completamente diferente, porque estamos en un escenario de cambios en materia de salud; eso es evidente. Entonces, este planteamiento es hecho en un momento en el que se están tratando de instrumentar cambios profundos en el sistema de salud. Hablamos de ir a un sistema nacional de salud, de determinado modelo en el cambio de la gestión y de la atención, etcétera; es decir que hay una actitud diferente. En ese marco se hacen estos planteamientos por parte de los médicos de Salud Pública.

Tal como decía el Presidente, los legisladores vamos a tener una función importante cuando consideremos el presupuesto. Adviértase que, sin lugar a dudas, este es un tema presupuestal. Ahora bien, nosotros mantenemos reuniones frecuentes con el staff del Ministerio y sabemos que se está trabajando con intensidad en algo que era absolutamente necesario: no se puede plantear otras cosas, inclusive desde el punto de vista salarial, si no hablamos de la reestructura en el propio funcionamiento. El doctor Cladera decía que aquí hay un caos brutal; ustedes lo saben tan bien como yo: un rompecabezas que se está tratando de armar. Téngase presente que no hay una pirámide funcional y que como nunca hubo concurso, se hicieron designaciones directas en uno y otro lado; por eso hablamos de un caos total. La instancia de rearmar todo esto es prioritaria para luego adjudicar los recursos desde el punto de vista salarial.

Ustedes hablaron de una norma que contemplara el salario médico de emergencia. Me gustaría saber cuál es la idea que ustedes tienen al respecto, si entienden que esto debe regularlo el Parlamento a través de una ley específica o si está dentro del estudio del presupuesto. Me refiero a si ha de transitarse por carriles diferentes.

Se planteó el salario médico de emergencia y el plan de inversiones de urgencia; creo que estos pueden ser temas presupuestales. De todos modos me gustaría saber qué opinan ustedes al respecto.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Concuerdo con lo dicho por el doctor Gallo Imperiale en cuanto a que la situación del Ministerio de Salud Pública es de caos. Pero dentro de ese caos genérico hay tres o cuatro puntos claros, evidentes y grandes. Nosotros queremos que se sigan tratando por dos o tres años más los puntos menores, pero pretendemos que los puntos grandes, que rompen los ojos, se consideren prioritariamente en una ley. De lo contrario, en aras de resolver toda la situación de caos, pueden postergarse los temas grandes de la salud cuando el sistema de salud, los usuarios ni los médicos pueden esperar.

Estamos ante un tema prioritario y creemos que el médico necesita para trabajar no ya una canasta familiar, sino $ 12.000 para aportar algo de dignidad y de reconocimiento por parte de la sociedad a su labor. Lamentablemente, en esta sociedad todo se mercantiliza de alguna manera. Si esto es así, habría que dignificar el salario y la calidad de vida de la gente.

Pretendemos una jerarquización política del órgano legislativo. Queremos que se siga redistribuyendo el dinero en Salud Pública y, a su vez, que se realice un plan urgente de inversiones.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Acá no está en discusión lo justo del planteamiento; el problema es la estrategia. Tengo mis dudas porque este es un problema que estamos analizando ahora.

Me parece que el tema presupuestal es fundamental. Antes de elaborar un presupuesto -que se considerará dentro de dos o tres meses y que entrará en vigencia en 2006- no me imagino cómo se puede solucionar, por lo menos como emergencia, este asunto. Tengo mis dudas también desde el punto de vista de la metodología. Estamos todos contestes en que hay un caos administrativo y de que tenemos que hacer una reestructura a fin de determinar sueldos adecuados.

Vamos a considerar el planteo pero, los ámbitos donde puede actuar esta Comisión son muy concretos. Se ejerce un contralor del Poder Ejecutivo, pero estas decisiones deben ser tomadas en el ámbito del Presupuesto. La Comisión va a tomar recaudos de los argumentos planteados y en su momento los va a tener en cuenta.

SEÑOR TOLEDO.- Estamos hablando de los médicos de Salud Pública que se encuentran sumergidos. Creo que el antecedente de 2003 es válido y si se llegó a una solución -buena o mala- fue porque todos empujamos para el mismo lado. Eso es lo que pedimos a la Comisión.

No podemos manejarnos con escenarios. El escenario de 2003 era también de cambio, momento en que asumía el último Ministro de la Administración anterior. Para nosotros, este escenario no es solo de cambio sino de voluntad de cambio. Necesitamos una respuesta porque estamos previniendo la situación de un grupo de médicos que no están jugando, que están pasando momentos críticos.

Hay muchos temas que pueden diferirse y ojalá que en este proceso de cambio podamos encontrar soluciones. Pero en este caso concretamente debemos hacer el máximo esfuerzo, y recurrimos a la Comisión para encontrar una solución puntual. Para considerar los demás problemas, podemos tener un margen de tiempo.

SEÑOR CASAS.- Justifico y entiendo el reclamo que se plantea. A pesar de no ser médicos, a veces nos llama escandalosamente la atención -somos gente del interior- las diferencias que existen entre los médicos sobre todo del Ministerio de Salud Pública y los que actúan en la actividad privada.

Evidentemente, el Ministerio va a intervenir en el Plan de Emergencia, es uno de sus componentes. Me gustaría saber si se les ha planteado cómo van a afrontar el Plan de Emergencia y cómo actuarán estos médicos. Desearía conocer si son suficientes y si tendrán las mismas contrapartidas que hoy están percibiendo otros profesionales. Digo esto porque hay cierta incidencia de parte del nuevo Ministerio que se ha creado.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Sabemos que estos son trascendidos y que las autoridades no los han negado. De alguna manera, se ha reconocido que el tema se manejó en el sentido de que se estaría valorando la contratación de nuevos médicos bajo una nueva categoría laboral. No tenemos claro si esto viene por el lado del Ministerio de Salud Pública o por parte del Ministerio de Desarrollo Social. Se estaría pagando un primer nivel de atención exactamente el doble de lo que perciben los médicos d Salud Pública.

En el día de ayer escuché declaraciones de la señora Ministra de Desarrollo Social quien dijo que necesitaría contratar cierta cantidad de médicos psiquiatras para atender el problema de la minoridad. Este es un punto altamente sensible e irritativo en el gremio médico, cuando hay policlínicas que están cumpliendo con una importantísima labor y con muy pocos recursos como, por ejemplo, en Ciudad de la Costa, en el Hospital Filtro y en muchos otros centros asistenciales del país.

Al gremio médico le duele saber que cuando se habla del Plan de Emergencia el médico de Salud Pública que está batallando todo el año no es tenido en cuenta. Si el Ministerio de Salud Pública, que es el principal prestador de servicios de salud y de primer nivel, con todas sus carencias, es uno de los más completos en el sistema asistencial, ofrezcamos a nuestros médicos y funcionarios un aumento de salarios para que se haga cargo de esta demanda adicional.

SEÑOR CASAS.- Como sindicato, ¿no han sido consultados por este tema?

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- No.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nuestra intervención anterior habíamos dicho que la vía presupuestal era la única, pero lo que señaló el señor Diputado Gallo Imperiale nos hizo pensar y ustedes tienen razón: puede haber una ley. Lo que sucede es que para aumentar gastos en los presupuestos tiene que haber iniciativa del Poder Ejecutivo. Entonces, a la pregunta que hice en cuanto a si se habían reunido con jerarcas ministeriales, tendría que agregar otra -aunque creemos saber la respuesta-: si han pedido entrevista a la Presidencia de la República o a quien ustedes consideren conveniente. La cuestión sería que antes de que se dilucide el tema presupuestal, por la vía de la urgencia, se pueda concretar algún tipo de legislación especial. Reitero que debería haber iniciativa del Poder Ejecutivo. Lo que uno entiende exactamente es que el Ministerio de Economía y Finanzas es el que debe disponer de esto.

SEÑOR CLADERA.- Hasta el momento no ha surgido nada más que un tema de voluntades. Conociendo la vía, probablemente hagamos un planteo formal a las autoridades del Ministerio.

También quiero que tengamos presente que sería bueno poder abrir la cabeza a fin de saber de qué manera se puede lograr un mejoramiento salarial. Eso es simplemente una iniciativa; quizás haya alguna otra manera de elevar el ingreso del médico de Salud Pública. Por eso hoy hablábamos del Fondo de Solidaridad y de otro tipo de cosas. Pienso que cuantas más personas podamos discutir esto, mayor será el aporte y resultará más fermental el debate para encontrar una solución a una situación bastante seria.

SEÑOR PRESIDENTE.- En ese sentido, estoy absolutamente de acuerdo. El Fondo de Solidaridad es algo que todos pagamos; yo no me detuve a pensar en ese tema, pero es algo que tendremos que estudiar. Eso es absolutamente injusto para la persona que tiene un salario restringido.

No quiero que los invitados se vayan con la idea de que esta Comisión no tiene voluntad de estudiar un proyecto de ley sino que no está en nuestras potestades hacerlo. Por eso aclaraba lo de la iniciativa del Poder Ejecutivo.

Debemos recordar que desde el inicio de esta Legislatura, que lleva cuatro meses de gestión -si no hago mal las cuentas-, nos hemos reunido en forma urgente en dos o tres oportunidades para tratar iniciativas concretas del Poder Ejecutivo. La última vez fue en oportunidad de tratarse el Plan de Emergencia a fin de dotarlo de millones de dólares porque así lo requería la instancia.

Estamos abiertos -hablo por mí- a estudiar una iniciativa que contemple esto con la celeridad que corresponde.

SEÑOR SANVICENTE LOFIEGO.- Estamos buscando vías de abordaje imaginativas que incidan en la sociedad y que permitan solventar los temas.

Aclaro que citamos lo del Fondo de Solidaridad a vía de ejemplo. En cierta forma es un tema importante, pero es independiente. Sin duda el Fondo de Solidaridad debe ser eliminado o aumentados sustancialmente los topes salariales para que sea un impuesto progresivo y no regresivo como es ahora. Pero esto es independiente de una situación que solo se mejora con salarios. Es decir, la situación de salarios sumergidos solo se mejora con mejora de salarios.

Entonces, planteamos que el Sindicato Médico a partir de ahora se seguirá movilizando en la sociedad e, inclusive, en el Parlamento. Y quiero agregar algo que no es una resolución de asamblea ni mucho menos, pero pienso que compartirán su espíritu. De esta interesante reunión, ustedes, representantes de todos los sectores políticos, nos están abriendo la puerta y diciéndonos: "Vayan a las bancadas de los distintos sectores que están dispuestos a recibir este planteamiento". Ese es el mensaje implícito que yo recibo. Ese es un punto interesante que tomamos de esta reunión partiendo de la base de que no caben dudas de la importancia del Poder Legislativo en la sociedad. No caben dudas del papel positivo que tuvo la Comisión de Salud en la resolución del conflicto. Y tampoco caben dudas de que al comprometerse el Poder Legislativo, la Asamblea

General, la Cámara de Diputados, las Comisiones en temas realmente sentidos por la sociedad, no hacen más que prestigiarse ante ella. Creo que esto es absolutamente correcto.

Nosotros queremos organismos fuertes en ese sentido, es decir, de prestigio y de consideración social. Y así seguiremos en esta instancia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos su visita y somos contestes de sus requerimientos. Estamos a sus órdenes.

Se levanta la reunión.